

III. RAZLOG ODBIJANJA IZBORA OD STRANE DOKTORA SPECIJALISTA MEDICINE RADA

Upisati razlog o odbijanju izbora poslodavca	Faksimil i vlastoručni potpis/kvalificirani elektronički potpis dr.spec. medicine rada
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

IV. RAZLOG IZBORA / PROMJENE DOKTORA SPECIJALISTA MEDICINE RADA

Šifra razloga *	Naziv razloga izbora / promjene doktora specijalista medicine rada
23	Prvi izbor – neopredijeljeni poslodavac
24	Promjena / izbor unutar roka od dvije (2) godine - promjena sjedišta odnosno mjesta rada poslodavca obzirom na županiju odnosno grad
25	Promjena / izbor unutar roka od dvije (2) godine - prestanak rada izabranog doktora specijalista medicine rada u svojstvu ugovornog doktora Zavoda ili promjena lokacije rada
29	Promjena nakon isteka dvije (2) godine
30	Promjena unutar roka od dvije (2) godine zatražena od poslodavca zbog narušenih odnosa s nadležnim doktorom specijalistom medicine rada

V. OVJERA IZBORA / PROMJENE DOKTORA SPECIJALISTA MEDICINE RADA

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Regionalni ured ili
Područna služba

Suglasan s izborom / promjenom **DA - NE

..... 20g.

M.P.

Vlastiti potpis/kvalificirani
elektronički potpis ovlaštene
osobe Zavoda

Tiskanica se popunjava u (4) četiri primjerka: za poslodavca, novoizabranog doktora specijalistu medicine rada, dosadašnjeg doktora specijalistu medicine rada i Zavod. Poslodavac i izabrani doktor specijalist medicine rada odgovorni su pod materijalnom i kaznenom odgovornošću za unesene podatke

* - Upisati šifru razloga
** - Zaokružiti odgovarajuće